EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dr FÉLIX TERRIER

Agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Bichat
Membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie
et de la Société d'anthropologie



PARIS
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
1892

CONCOURS ET NOMINATIONS

1861. Externe des hôpitaux.

1862. Interne des hôpitaux.

1864. Lauréat des hôpitaux (accessit).

1866. Lauréat des hôpitaux (mention).

1866. Lauréat de la Faculté de médecine (médaille d'or de l'École pratique).

1867. Aide d'anatomie à la Faculté.

1870. Prosecteur à la Faculté.

1872. Agrégé en chirurgie (1er).

1873. Chirurgien des hôpitaux.

1874. Membre de la Société de chirurgie.

1875. Membre de la Société d'anthropologie.

1890. Membre de l'Académie de médecine.

ENSEIGNEMENT

Leçons d'anatomie et de médecine opératoire faites à l'École pratique (1868-1874).

Cours officiel de médecine opératoire à l'École pratique (1870).

Cours auxiliaire de pathologie externe à la Faculté (2e semestre 1878-1879).

PUBLICATIONS

1. *Manuel de petite chirurgie.*

(A. Jamain, 4e édition, 1865.)

Cet ouvrage, très répandu parmi les étudiants, a été revu par moi pendant mon internat, et une quatrième édition a été publiée en 1865.

2. *Manuel de petite chirurgie.*

(A. Jamain, 5e édition, 1873.)

Cette édition a été considérablement augmentée et mise au courant de la science. Comme la précédente, elle a été rapidement épuisée.

3. *Manuel de petite chirurgie.*

(A. Jamain, 6e édition, 1880.)

Cette édition, qui constitue un volume de plus de 1000 pages, renferme un certain nombre de chapitres nouveaux sur les appareils de pansement, les appareils inamovibles, les pansements désinfectants, les pansements antiseptiques, la méthode de Lister, le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, le pansement ouvert des chirurgiens russes, etc. On y trouve décrits : le thermocautère de M. Paquelin, les divers aspira-

teurs utilisés après celui de M. Dieulafoy, les principaux appareils employés dans l'anesthésie chirurgicale, etc.

4. *Manuel de petite chirurgie de A. Jamain.*

(7e édition, par MM. F. Terrier et M. Péraire, 1 volume, 1892.)

Dans cette nouvelle édition, complètement modifiée et mise au courant de la science actuelle, nous nous sommes efforcés d'exposer les préceptes aujourd'hui classiques des méthodes : antiseptique, aseptique et mixte.

De nombreux articles ont été ajoutés à propos du traitement des fractures, du massage, des greffes épidermiques, de l'anesthésie locale et générale, etc.

5. *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales.*

(A. Jamain, 2e édition, 2 volumes, 1867-1870.)

La première édition de cet ouvrage comprenait deux volumes de 600 pages chacun; elle était épuisée, lorsque, étant interne, j'ai entrepris d'en publier une deuxième édition.

Le premier volume renferme 700 pages; des articles entiers ont été remaniés, en particulier ceux qui ont pour objet l'étude des anévrismes, de la gangrène et des maladies de l'oreille.

Dans le second volume, qui renferme 1100 pages, j'ai complètement refait les maladies des yeux, et j'ai très notablement modifié tous les chapitres qui ont trait aux affections de la face, de la langue, du cou, de la poitrine, de l'abdomen et des organes génito-urinaires.

Enfin, des articles bibliographiques ont été ajoutés à la fin des divers chapitres, ce qui n'avait pas encore été fait méthodiquement dans les traités français de pathologie externe, celui de Follin excepté. Cette deuxième édition est épuisée depuis longtemps déjà.

6. *Manuel de pathologie chirurgicale.*

(A. Jamain et F. Terrier, 1er, 2e, 3e et 4e volumes, 1877-1892.)

Le premier volume de cette troisième édition du Manuel de A. Jamain renferme 800 pages; il est entièrement remanié et presque complétement nouveau. Parmi les nombreux articles que j'ai cru devoir ajouter, je signalerai : l'histoire des lésions traumatiques en général, histoire faite d'aprés les notes du cours de M. le professeur A. Verneuil, les accidents septicémiques des plaies, la fièvre traumatique, les accidents produits par la foudre, l'histoire de la gangrène et de ses variétés cliniques. J'ai fait un examen complet des tumeurs, en général et en particulier, m'appuyant sur les recherches micrographiques les plus modernes, et surtout mettant à profit les travaux de MM. les professeurs Cornil et Ranvier.

Les maladies chirurgicales du tissu cellulaire et des bourses séreuses, celles de la peau, les affections des vaisseaux (artéres, veines et lymphatiques), les lésions des nerfs et toutes leurs conséquences, celles des muscles et des tendons, sont successivement étudiées en mettant à contribution toutes les recherches récentes faites en anatomie et en physiologie pathologiques. Le volume se termine par l'exposé des maladies chirurgicales des os et du périoste, y compris l'étude générale des fractures.

Ici, comme dans la précédente édition, des articles bibliographiques, aussi complets que possible, ont été ajoutés à chaque chapitre.

Le premier fascicule du tome II, paru en 1878, comprend les maladies des articulations, les affections chirurgicales du crâne et du cerveau, celles du rachis et de la moelle, enfin les maladies du nez. Tout ce qui se rapporte aux affections des centres nerveux (moelle et cerveau) est entiérement nouveau, et, dans ces divers chapitres, je me suis efforcé de tirer parti des recherches de l'École de la Salpètrière.

Le deuxième fascicule du tome II renferme : l'histoire des maladies des fosses nasales et celle des affections de l'arrière-cavité nasale. Cette derniére étude n'avait jamais été l'objet d'un chapitre spécial dans les

traités français de pathologie externe. Ce fascicule comprend encore l'exposé des maladies de l'oreille, celui des affections de l'orbite, des voies lacrymales et enfin des paupières.

Comme pour le premier volume, des articles bibliographiques ont été ajoutés à la suite des chapitres ou des paragraphes de ces deux fascicules.

Le premier fascicule du tome III (1882) est tout entier consacré à l'étude des maladies des yeux, ainsi que les 150 premières pages du deuxième fascicule du même volume; en fait, ces maladies sont exposées avec détails en 650 pages.

A partir du chapitre VI du deuxième fascicule du tome III (1887), j'ai cru devoir m'adjoindre, pour continuer ce travail, deux de mes amis et élèves, MM. A. Broca et H. Hartmann, prosecteurs de la Faculté, aujourd'hui chirurgiens des hôpitaux. Or cette fin du troisième volume comprend : les maladies de la face, des lèvres, des joues et des dents. Les paragraphes consacrés à la bibliographie ont toujours été revus avec le plus grand soin et les indications ont été revisées toutes les fois que cela a été possible.

Le premier fascicule du tome IV (1889) renferme l'étude des maladies des gencives, des maxillaires, de l'articulation temporo-maxillaire, de la langue, du plancher buccal et de la glande sous-maxillaire, de la région parotidienne et de la glande parotide, de la voûte palatine et du voile du palais, de l'amygdale et du pharynx, enfin de l'œsophage. Ce fascicule a près de 400 pages.

Le second fascicule du tome IV comprend : les maladies des voies aériennes (larynx, trachée); celles du corps thyroïde; les affections chirurgicales du cou; celles de la poitrine et enfin les maladies du sein. Ce volume IV a 770 pages.

7. *Éléments de pathologie chirurgicale générale.*

(1er et 2e fascicules, Paris, 1885-1887.)

Le premier fascicule de ce traité, paru en 1885, comprend l'étude des *lesions traumatiques.* On y trouvera exposées les idées de M. le profes-

seur Verneuil sur les relations qui existent entre les maladies générales et les traumatismes, ou bien entre certains états physiologiques, comme la grossesse et les traumas. A propos des plaies, j'ai cru devoir faire une étude complète du pansement des plaies et surtout des méthodes antiseptiques généralement adoptées aujourd'hui, au moins en principe.

Les *complications des lésions traumatiques* forment une deuxième partie très importante, dans laquelle j'ai exposé, pour la première fois dans un traité français, certains états morbides, tels que la *syncope traumatique*, le *choc traumatique*, la *stupeur locale*, les *hémorragies*, l'*anémie traumatique* et les *embolies veineuses* et *graisseuses traumatiques*.

Dans un deuxième fascicule, paru en 1887, j'ai continué l'étude des complications des lésions traumatiques, en insistant surtout sur les *septicémies* diverses.

Une troisième partie renferme l'étude des *lésions inflammatoires :* abcès, fistules, corps étrangers, ulcères, gangrènes. La pathologie des cicatrices termine ce fascicule.

Le troisième fascicule (sous presse) comprendra l'étude des *tumeurs*.

8. *De l'œsophagotomie externe.*

(Thèse de doctorat de Paris, 1870.)

Ce travail est basé sur le résumé complet des observations publiées soit en France, soit à l'étranger. Quelques remarques sur la pathologie comparée m'ont permis de modifier le procédé opératoire de l'œsophagotomie externe, en y ajoutant la suture de la muqueuse quand l'intervention chirurgicale a pour but l'extraction des corps étrangers.

9. *Des anévrismes cirsoïdes.*

(Thèse d'agrégation en chirurgie, Paris, 1872.)

Dans cette thèse, je me suis efforcé de résumer avec soin tout ce qu'on savait alors sur les anévrismes cirsoïdes et d'en déduire des conclusions au point de vue thérapeutique.

10. *De l'hydronéphrose intermittente.*

(En collaboration avec M. Marcel Baudouin. — 1 volume, 308 pages avec 14 gravures dans le texte. Paris, 1891.)

Ce travail est composé de deux parties : la première est l'étude complète de l'hydronéphrose intermittente, la deuxième renferme les pièces justificatives (tableaux synoptiques, bibliographie et observations).

La définition de cette affection, son histoire, son anatomie pathologique, son étiologie et sa pathogénie, ses symptômes et son diagnostic, enfin son traitement, sont l'objet de chapitres très étendus.

ARTICLES DE JOURNAUX

1. *Examen des travaux récents faits en ophtalmologie, anatomie et physiologie.*

Trois articles critiques dans les *Archives générales de médecine*, 1868, vol. II, p. 459; et 1869, vol. I, p. 317 et 722.

2. *Du traitement antiseptique de Lister.*

Traduction dans les *Archives generales de medecine*, 1871, vol. II, p. 608, de l'article du professeur Lister de *Holme's system of Surgery*, London, 1871, vol. V, p. 617.

3. *Sur les tumeurs pulsatiles ou anévrismoïdes de l'orbite.*
(*Revue critique.* — *Archives générales de médecine*, 1871, vol. II, p. 174.)

Dans ce travail, m'appuyant sur les observations nouvellement publiées, en particulier par Nunneley de Leeds, je me suis efforcé de démontrer que, sous le nom de tumeurs anévrismoïdes, on devait ranger un certain nombre de tumeurs orbitaires, offrant un même ensemble symptomatique, mais dont les causes et par conséquent la thérapeutique sont assez variables.

4. *Du pansement ouaté.*
(*Revue scientifique*, 1871-72, p. 520.)

Ayant assisté aux premiers essais de M. Alphonse Guérin à l'hôpital Saint-Louis, et frappé des résultats obtenus par ce chirurgien, j'ai

publié ce travail dans le double but d'exposer les idées théoriques qui ont présidé à la conception de ce pansement, et le *modus faciendi* utilisé avec succès par le savant chirurgien de Saint-Louis.

5. *Sur les maladies de l'appareil lacrymal.*

(*Revue critique. — Archives générales de médecine*, 1874, vol. I, p. 599.)

Cette revue renferme l'exposé des principaux travaux publiés pendant les dernières années sur les maladies des voies lacrymales.

6. *Kyste uniloculaire de l'ovaire, ouvert dans l'intestin. Remarques historiques et cliniques.*

(*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877, t. I, p. 830.)

7. *Note sur un épanchement d'huile à la suite d'une fracture de jambe par action traumatique directe.*

(*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878, t. II, p. 489.)

Après avoir rapporté une observation d'épanchement d'huile à la suite d'une fracture, et après avoir discuté la genèse de cette singulière lésion, j'en conclus que les épanchements dits *huileux* ont une pathogénie diverse. Dans l'espèce, ils résulteraient de la transsudation de la graisse contenue dans la moelle, et s'observeraient dans les fractures et plus spécialement peut-être dans les fractures directes et multiples.

8. *Quelques remarques à propos de deux observations de brûlure de la cornée.*

(*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879, t. IV, p. 400.)

Ces remarques ont trait à la thérapeutique de la kératite à hypopyon qui survient souvent dans les brûlures et qui paraît justiciable de l'opération de Sæmisch.

9. *Note sur un cas d'exagération et d'apparition brusque d'accidents de contracture chez une hémiplégique, à la suite d'un traumatisme.*

(*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879, t. IV, p. 969.)

Dans cette note, nous croyons avoir démontré, pour la première fois, que chez les hémiplégiques en puissance de contracture, un traumatisme détermine soit l'apparition de la contracture, soit son exagération.

Cette opinion a été adoptée par M. le professeur Charcot et, depuis lors, nous avons observé un second exemple frappant de ce phénomène. Ce second fait a été relaté par M. Luc, interne de mon service, dans un travail intitulé *Des contractures traumatiques* (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1880, t. V, p. 460).

10. *Contribution à l'étude des manifestations tardives de la syphilis chez les vieillards.*

(En collaboration avec M. H. Luc. — *Revue de chirurgie*, 1881, n° 2, p. 88.)

Dans ce travail nous nous efforçons de prouver que certaines affections cellulaires, cutanées, musculaires et osseuses des vieillards résultent d'une syphilis antérieure fort éloignée.

Nous avons cherché à distinguer ces diverses lésions de celles que peut produire la tuberculose, autre affection des vieillards, qui n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser à priori.

Enfin nous avons insisté sur ce fait, qu'un traitement rationnel (mercuriel, ioduré ou mixte) a fort peu d'action sur ces tardives manifestations d'une intoxication ancienne.

11. *Contribution à l'étude des résultats fournis par l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire.*

(*Revue de chirurgie*, 1881, n° 8, p. 625.)

Voici le résumé des conclusions de ce travail :

Dans les kystes uniloculaires, ou cliniquement uniloculaires, la cavité kystique peut finir par se combler et la malade peut guérir.

Mais, quand le kyste est multiloculaire, que ses parois sont végétantes, les résultats opératoires sont tous médiocres, et il reste le plus souvent une fistule qui persiste indéfiniment et expose à la septicémie chronique.

Ces conclusions ont été adoptées par la plupart des chirurgiens qui font des ovariotomies.

12. *Hystérectomie pour une tumeur fibro-sarcomateuse de l'utérus.*

(Observation lue à l'Académie de médecine. — *Revue de chirurgie*, 1881, n° 5, p. 402.)

Cette observation est intéressante à cause de la nature spéciale de la tumeur enlevée : sarcome kystique.

13. *Remarques sur les accidents déterminés par des fractures chez des femmes épileptiques.*

(En collaboration avec M. H. Luc. — *Revue de chirurgie*, 1882, n° 2, p. 93.)

Dans un cas, il s'agit d'une hystéro-épileptique, et les phénomènes réactionnels : douleurs et contractures, sont tous très accusés.

Dans l'autre cas, la blessée est une épileptique pure, peu excitable ; aussi les réactions douloureuses et les phénomènes de contracture sont-ils nuls ou presque nuls.

Cette différence dans les types morbides nous a paru digne d'attirer l'attention des pathologistes.

14. *Remarques cliniques sur une première série de 25 ovariotomies.*

(*Revue de chirurgie*, 1882, n° 5, p. 349.)

La plupart de ces opérations (de 1874 à 1880) ont été faites, soit à l'hôpital Laennec, soit à la Salpêtrière, où j'ai créé un service spécial. Sur ces 25 opérations, j'ai obtenu 22 guérisons et n'ai eu que 3 morts.

15. *De la synovite tendineuse tuberculeuse et en particulier de la synovite tuberculeuse des gaines du poignet, de la main et des doigts.*

(En collaboration avec M. Verchère. — *Revue de chirurgie*, 1882, nº 7, p. 543.)

Avec MM. Lancereaux, G. Bouilly et M. le professeur Trélat, nous avons reconnu l'existence de la synovite tendineuse tuberculeuse et nous nous sommes efforcés d'en distinguer plusieurs formes cliniques, différentes de la description classique de la synovite fongueuse, qui d'ailleurs n'est autre qu'une synovite tuberculeuse.

16. *Inoculation purulente dans le traitement des granulations de la conjonctive et de la cornée. Observation nouvelle.*

(*Revue de chirurgie*, 1883, nº 2, p. 81.)

Dans le pannus complet et épais, l'inoculation purulente est une bonne méthode de traitement des granulations. Le pannus monoculaire, granuleux ou non, doit être traité de la même façon, à la condition de protéger parfaitement l'œil sain.

Le pus à inoculer est celui de l'ophtalmie des nouveau-nés d'abord, et, s'il échoue, celui d'une conjonctivite blennorrhagique ou d'une blennorrhagie aiguë.

L'ophtalmie provoquée doit être traitée méthodiquement et souvent il faut parfaire la guérison par des cautérisations au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent, etc., voire même par une intervention chirurgicale (péritomie, iridectomie). Telles sont les conclusions résumées de ce travail.

17. *Remarques cliniques sur une deuxième série de 25 ovariotomies.*

(*Revue de chirurgie*, 1884, nº 1, p. 1.)

A propos de cette deuxième série de 25 ovariotomies faites pour la plupart à l'hospice de la Salpêtrière (1880 à 1882), dans le service que

j'y ai créé, j'expose avec quelques détails le mode d'intervention chirurgicale qu'il faut suivre lorsque le ou les kystes sont inclus dans les ligaments larges.

Dans cette deuxième série j'ai obtenu 16 guérisons et ai eu 9 insuccès, dus pour la plupart à des accidents de péritonite.

18. *Tumeur hypertrophique de la rate. Splénotomie. Mort par hémorragie.*

(*Revue de chirurgie*, 1884, n° 10, p. 812.)

Cette observation a pour sujet une malade légèrement leucocythémique, à laquelle je fis l'ablation de la rate très hypertrophiée. La mort survint par hémorragie capillaire; les petits vaisseaux de la paroi abdominale avaient eux-mêmes donné du sang et déterminé des thrombus sur tout le trajet de la suture.

Les ligatures placées sur les gros vaisseaux avaient bien tenu.

Il paraît donc contre-indiqué d'opérer les leucocythémiques malgré le fait signalé par Franzolini d'Udine, en 1882, dans lequel l'ablation de la rate hypertrophiée aurait guéri la leucocytose.

19. *Remarques cliniques sur un cas d'ophtalmie survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.*

(*Archives d'ophtalmologie*, t. IV, p. 65, 1884.)

A propos de ce fait fort intéressant, j'ai étudié avec détails l'histoire de l'ophtalmie rhumatismale aiguë, évoluant soit pendant le cours du rhumatisme articulaire aigu ou alternant avec lui.

Cette ophtalmie détermine des lésions de la conjonctive, de la cornée et de la membrane irido-choroïdienne, tantôt simultanées, tantôt successives.

Le pronostic paraît bénin, et le traitement essentiellement médical et antirhumatismal.

20. *Remarques cliniques sur une troisième série de 25 ovariotomies.*
(*Revue de chirurgie*, 1885, n° 1, p. 12.)

La plupart des opérations de cette nouvelle série (1882-1884) ont été faites dans le nouveau service de chirurgie de l'hôpital Bichat, ouvert à la fin de l'année 1882. Sur les 25 opérées, nous n'avons eu que 2 insuccès.

21. *Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation.*
(*Revue de chirurgie*, 1885, n° 12, p. 953.)

Sur mes 100 premières ovariotomies, j'ai dû enlever 28 fois les deux ovaires, et ce sont ces observations qui constituent la base de mon travail.

Or, dans 3 cas seulement, cette ablation des deux ovaires ne fut pas suivie de cessation absolue des règles. Quelle en est la cause?

Dans un cas, je ne suis pas sûr de l'ablation des deux ovaires; dans un deuxième cas, le pédicule d'un côté a été fait dans l'ovaire même, l'organe n'était donc pas enlevé en totalité; enfin, dans le troisième cas, il paraît probable que le même fait s'est produit, mais on ne peut l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, il me paraît prouvé que l'ablation totale des deux ovaires entraîne la cessation des règles, au moins lorsqu'il s'agit d'ovariotomies doubles.

22. *Remarques cliniques sur une quatrième série de 25 ovariotomies.*
(*Revue de chirurgie*, 1886, n° 3, p. 169.)

Vingt de ces opérations ont été faites dans mon service de l'hôpital Bichat. Sur ces 25 cas, j'ai eu 20 guérisons et 5 morts.

En résumé, sur nos 100 premières opérations d'ovariotomies, nous n'avons eu que 19 pour 100 d'insuccès.

23. *Remarques cliniques sur l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques et ad-ombilicales non étranglées.*

(Communication au 1er Congrès français de chirurgie. — *Revue de chirurgie*, 1886, n° 12, p. 985.)

Pour la première fois en France nous avons conseillé et exécuté la cure radicale des hernies épigastriques et ad-ombilicales non étranglées, que ces hernies soient graisseuses, ou constituent des hernies proprement dites, c'est-à-dire contenant de l'épiploon, de l'intestin ou les deux à la fois.

1° Les hernies dites graisseuses de la ligne blanche, déterminant parfois des troubles du côté de l'appareil digestif, peuvent être traitées par l'excision suivie de la réunion primitive de l'anneau fibreux qui leur a donné issue et des téguments qui les recouvrent.

2° Les hernies proprement dites, épiploïques, intestinales ou intestino-épiploïques, qui déterminent soit des troubles gastro-intestinaux, soit des douleurs vives, soit enfin une difformité gênante, doivent être traitées comme les autres hernies, c'est-à-dire qu'on doit s'efforcer d'en obtenir la cure radicale, par réduction de la hernie, excision du sac herniaire, avivement de l'anneau fibreux et suture des parois de l'abdomen : anneau et téguments en même temps.

24. *Pyosalpingite gauche. Abcès rétro-utérin. Extirpation de la trompe gauche dilatée et kystique. Guérison.*

(Avec M. le professeur Trélat. — *Revue de chirurgie*, 1886, n° 8, p. 656.)

Cette observation est fort intéressante en ce sens que la pyosalpingite s'accompagnait de pelvi-péritonite suppurée, celle-ci très certainement consécutive à l'affection de la trompe.

25. *Remarques sur un nouveau procédé de néphrectomie transpéritonéale.*

(*Revue de chirurgie*, 1887, n° 5, p. 342.)

Pour la première fois, j'employai un procédé spécial de néphrectomie transpéritonéale, absolument inédit.

Voici en quoi il consiste :

1° Incision de la paroi abdominale soit sur la ligne médiane, soit sur le bord externe du muscle droit, correspondant au rein à enlever.

2° La cavité péritonéale ouverte, refouler de côté les anses intestinales et inciser nettement et verticalement le feuillet péritonéal postérieur qui recouvre la tumeur.

3° Placer deux ou quatre pinces à pression sur les lèvres de l'incision péritonéale, pour ne pas les perdre dans les manœuvres ultérieures.

4° Énucléer méthodiquement le rein, en le ponctionnant s'il y a lieu, et placer des pinces à pression sur son pédicule qu'on lie ensuite.

5° Nettoyer avec soin la cavité rétro-péritonéale occupée par le rein.

6° Si besoin est, diminuer par quelques points de suture l'étendue de l'incision faite au péritoine en avant du rein.

7° Attirer au dehors les bords de cette incision, maintenus par les pinces à pression, et les fixer aux bords de l'incision abdominale antérieure, déjà rétrécie en haut et en bas par des points de suture profonds.

De cette façon, la grande cavité péritonéale est close et isolée de la cavité rétro-péritonéale occupée jadis par la tumeur rénale.

8° Placer dans cette cavité deux drains, afin de faciliter, s'il y a lieu, l'écoulement de la sérosité hors de l'abdomen.

9° Nous ajouterons qu'au lieu de laisser l'uretère dans la plaie de la cavité rétro-péritonéale, il serait utile de le disséquer et de l'attirer au dehors pour le traiter spécialement, car il est une cause d'infection pour le foyer rétro-péritonéal.

Appliquée deux fois, cette manière de pratiquer l'extirpation des tumeurs du rein m'a donné un succès complet.

26. *Remarques cliniques sur une cinquième série de 25 ovariotomies.*

(*Revue de chirurgie*, 1887, n° 9, p. 677.)

Dans cette série nouvelle, nous avons obtenu 19 guérisons.

27. *De l'ophtalmie électrique.*

(*Archives d'ophtalmologie*, t. VIII, p. 1, 1888.)

C'est la première fois que sont étudiés avec détails les accidents oculaires dus à l'action des arcs électriques d'une excessive intensité.

Ces accidents, plus ou moins aigus et très douloureux, peuvent déterminer des troubles persistants de la vision, d'où l'importance de s'en préserver par l'usage de verres fortement teintés. Nous avons cru devoir décrire ces phénomènes sous le nom générique d'ophtalmie électrique.

28. *Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus.*

(Communication au 2e Congrès français de chirurgie, Paris, 1888.)

Ce travail est basé sur 18 opérations faites par moi; en voici les conclusions abrégées :

L'hystérectomie vaginale faite pour cancer utérin est une opération sérieuse (22 pour 100 de mortalité).

L'hystérectomie vaginale incomplète ne donne pas de résultats inférieurs à ceux de toutes les opérations incomplètes.

L'hystérectomie vaginale pratiquée pour cancer donne une fréquente récidive (70 pour 100); toutefois on a pu guérir des malades (30 pour 100), car l'affection n'a pas récidivé au bout de deux ans et neuf mois, un an et neuf mois, et une année.

29. *Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus.*

(*Revue de chirurgie*, 1888, nos 5 et 6, p. 349 et 459.)

Ce travail est la reproduction de ma communication au 2e Congrès de chirurgie, auquel j'ai ajouté la relation *in extenso* des 18 observations d'hystérectomies vaginales que j'avais faites jusqu'alors.

30. *Remarques cliniques sur une sixième série de 25 ovariotomies.*
(*Revue de chirurgie*, 1888, n° 12, p. 965.)

Dans cette série, qui comprend la plupart des opérations faites en 1886, nous avons obtenu 21 guérisons. Trois décès sont dus à la péritonite et un à des accidents urémiques.

31. *Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus utérin (hystérorraphie, hysteropexie).*
(*Revue de chirurgie*, 1889, n° 3, p. 185.)

Voici les conclusions de ce travail basé sur deux observations personnelles :

1° Le prolapsus utérin simple ou compliqué est justiciable de l'opération dite : ventro-fixation, hystérorraphie, hystéropexie.

2° Cette opération peut être faite de diverses manières, soit en fixant à la paroi abdominale les cornes utérines (Olshausen); soit en fixant, toujours à la paroi, le pédicule d'un ovaire enlevé (John Phillips); soit enfin en suturant la paroi antérieure de l'utérus aux lèvres de la section abdominale faite pour la laparotomie (F. Terrier).

3° Notre manière de faire, qui se rapproche beaucoup de celles que Lawson Tait, Henning, Czerny et surtout Léopold ont utilisées pour remédier à la rétroversion de l'utérus, en diffère cependant par certains points, à savoir : les sutures comprenant toute la paroi antérieure de l'utérus, depuis l'isthme jusqu'au fond ; l'emploi du catgut au lieu de fil de soie ; enfin l'inclusion de la suture dans la plaie abdominale médiane, celle-ci étant fermée au-dessus de chacune des anses du catgut.

4° Dans nos deux cas, le résultat immédiat a été excellent en ce sens que l'utérus a été parfaitement fixé à la paroi abdominale et que le prolapsus a disparu.

5° Un examen plus prolongé des opérées pourra seul faire formuler une opinion ferme sur la valeur définitive de l'opération que nous avons exécutée le premier, croyons-nous.

32. *Diverticule du rectum. Opération. Guérison.*
(Congrès français de chirurgie, 4e session, 1889, p. 401, 1890.)

Il s'agit d'une dilatation ampullaire du rectum avec prolongement sacciforme, qui fut enlevée par une incision pratiquée par la fesse; il y eut réunion par première intention.

Ces prolongements sacculaires, décrits surtout par les chirurgiens américains (Physick, Reynell Coates, Gibson, Samuel D. Gross, W. Bodenhamer, Ed. Andrews et Ed. Wyllys), étaient connus de J. Cruveilhier et de Rokitansky. Ils sont à peu près ignorés des classiques français, et cependant leur histoire et leur traitement offrent une certaine importance, comme nous l'avons prouvé.

33. *Remarques cliniques sur une septième série de 25 ovariotomies.*
(Revue de chirurgie, 1889, n° 10, p. 805.)

La plupart des observations de cette série datent de 1887.

Cette série nous a donné 5 insuccès, dont 2 seulement peuvent être attribués à des phénomènes de septicémie péritonéale.

Il faut signaler que 4 des opérées, qui avaient parfaitement guéri de l'opération, ont succombé ultérieurement à des phénomènès de généralisation cancéreuse.

Ceci plaide en faveur de la nature épithéliale des productions kystiques de l'ovaire.

34. *Remarques cliniques sur un cas d'obstruction du canal cholédoque avec dilatation de la vésicule biliaire. Laparotomie. Ponction de la vésicule. Cholécystentérostomie. Guérison.*
(Revue de chirurgie, 1889, n° 12, p. 973.)

C'est la première opération de ce genre faite en France et la septième publiée.

Il s'agissait d'une femme, qui présentait tous les phénomènes de l'obstruction du canal cholédoque. Le ventre fut ouvert, la vésicule biliaire distendue fut ponctionnée et vidée; puis une anastomose fut établie entre la vésicule et la première portion du duodénum.

L'opération fut faite en un seul temps et réussit parfaitement à rétablir le cours de la bile.

La femme succomba, neuf mois plus tard, à l'altération organique du pancréas qui avait obturé le canal cholédoque, et jusqu'à la fin la fistule cholécysto-intestinale permit l'écoulement de la bile dans l'intestin.

35. *Remarques cliniques et anatomiques sur deux tumeurs vasculaires du cuir chevelu.*

(*Revue de chirurgie*, 1890, n° 1, p. 47.)

Dans une première observation, il s'agit d'une tumeur cirsoïde, traitée par l'extirpation et dont l'anatomie pathologique fut faite avec grand soin par mon ami le docteur Malassez.

On constata que ces tumeurs sont produites par la dilatation des artères, des capillaires et des *veines*, ce que j'avais indiqué déjà dans ma thèse d'agrégation (1872).

La deuxième observation a trait à un anévrisme artério-veineux du cuir chevelu traité aussi par l'extirpation et examiné histologiquement par le docteur Malassez.

Pour la première fois, j'indique le signe pathognomonique de cet anévrisme ; il consiste en l'existence d'un point très circonscrit — celui de la communication artério-veineuse — qui, comprimé avec l'extrémité du doigt, fait cesser tous les phénomènes morbides : dilatation, expansion, battements et souffle.

36. *Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrostomie pratiquée pour parer aux accidents d'un cancer de l'œsophage* (en collaboration avec M. H. Delagénière).

(*Revue de chirurgie*, 1890, n° 3, p. 198.)

Dans ce court mémoire se trouve exposé le procédé que je préfère utiliser pour pratiquer la gastrostomie, procédé qui me paraît spécial et qui consiste :

1° A suturer la paroi stomacale à la paroi abdominale, en unissant d'abord les séreuses ;

2° A suturer la muqueuse stomacale à la peau de la paroi abdominale, de façon à obtenir une réunion par première intention ;

3° A panser la plaie avec une substance légèrement alcaline ou décomposable par le suc gastrique, afin de le neutraliser autant que possible.

Nous avons choisi le carbonate de magnésie.

37. *Grand kyste séreux du rein gauche. Ablation du rein. Remarques cliniques.*

(*Revue de chirurgie*, 1890, n° 7, p. 545.)

A propos d'une observation de kyste séreux d'un rein déplacé, traité par l'ablation du rein, je me suis efforcé de tracer l'histoire de ces grands kystes séreux du rein, bien étudiés par H. Morris, W. Howship Dickinson, en Angleterre, David Newman, à New-York, et mal connus en France jusqu'alors.

L'ouverture du kyste et la fixation de ses parois à celles de la plaie faite pour arriver au rein est la méthode recommandée par Morris et que nous acceptons comme méthode de choix.

38. *De l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie.*

(*Revue de chirurgie*, 1890, n° 10, p. 789.)

C'est un résumé de ma pratique chirurgicale dans laquelle je cherche à substituer l'asepsie à l'antisepsie proprement dite. Un résumé de ce travail a été communiqué au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Limoges le 13 août 1890.

39. *De l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris.*

(Lettre adressée à M. le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris. — *Progrès médical*, 1890, p. 996, et tirage à part.)

Dans cette lettre, j'indique l'organisation qui me paraît devoir être adoptée dans les services de chirurgie, organisation que plus tard (en 1891) j'ai vue fonctionner avec succès en Russie, à l'hôpital Marie, à Saint-Pétersbourg, dans le service de Trackenberg.

Tout service de chirurgie devrait être dédoublé : l'un des services, où l'on ferait l'asepsie, serait occupé par les malades atteints d'affections non septiques; l'autre service, où l'on utiliserait l'antisepsie, serait occupé par les malades septiques, c'est-à-dire atteints de suppuration.

Un troisième service d'observation servirait à établir, après examen parfois prolongé, la désinfection et la division des malades en infectés et non infectés.

40. *Remarques cliniques et opératoires à propos de 5 observations de gastrostomie pratiquées pour cancer de l'œsophage.*

(En collaboration avec M. Louis, interne. — *Revue de chirurgie*, 1891, n° 4, p. 308.)

Ces cinq nouvelles observations tendent à confirmer ce que nous avons déjà dit sur l'innocuité de cette intervention, alors même que les sujets, adressés trop tardivement au chirurgien, sont dans un très mauvais état général.

Nous indiquons ici le *modus faciendi* de Thomas Bryant et H. Hartmann, qui consiste à faire une très petite ouverture à l'estomac et à n'y pas placer d'obturateur, pour éviter la sortie des matières stomacales et les accidents qui en dérivent du côté de la fistule.

Quelques remarques sur les procédés de gastrostomie de Girard, von Hacker, Hahn, H. Delagénière (du Mans), terminent ce travail qui conclut à l'indication hâtive de la gastrostomie dans le cancer œsophagien; à son peu de gravité; à la formation d'un très petit orifice pour éviter l'issue du suc gastrique au dehors; aux pansements avec des poudres inertes, en particulier le carbonate de magnésie.

41. *Deux observations d'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée.*

(*Congrès français de chirurgie*, 5e session, 1891, p. 400.)

Après un aperçu historique de la question, nous relatons nos deux observations qui sont, croyons-nous, les premières opérations faites en France.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un épithélioma du corps de l'utérus. L'hystérectomie fut faite par la voie sacrée, le 19 novembre 1890, et la malade guérit.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un épithélioma du col et du corps; l'hystérectomie par la voie sacrée fut faite le 1er février 1891. L'opérée mourut de péritonite; en outre, l'uretère gauche avait été pris dans les ligatures placées sur le ligament large correspondant.

Cet accident, signalé par Hochenegg et Dittel, serait assez fréquent.

En résumé, cette opération est exceptionnelle; elle est indiquée dans les cancers volumineux et adhérents, alors que la voie vaginale est rétrécie; elle est difficile à faire et d'un pronostic grave; la résection temporaire du sacrum nous semble indiquée dans ces cas.

42. *De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée.*

(En collaboration avec M. H. Hartmann. — *Annales de gynécologie*, 1891, t. XXXVI, p. 81 et 178.)

Nous appuyant sur l'étude des opérations publiées et sur deux faits inédits, nous avons passé en revue les difficultés et les accidents de cette opération, ses complications et ses résultats, son manuel opératoire et ses indications.

Parmi les accidents, signalons : des hémorragies; la difficulté de recherche du cul-de-sac péritonéal qui entraîne des décollements étendus; la blessure de l'intestin, de la vessie et surtout de l'uretère (4 fois sur 23 cas).

Ultérieurement on doit craindre : la cellulite pelvienne, la pelvi-péritonite, des fistules urinaires ou stercorales, des phlegmons, des escarres avec nécrose du sacrum, aussi la mortalité est-elle assez élevée (8 sur 23 cas).

L'ostéotomie transversale du sacrum au-dessous du troisième trou sacré, suivie de la réapplication du volet ostéo-cutané, paraît être le procédé de choix.

Cette opération grave est indiquée dans les cas de cancers volumineux et adhérents, surtout lorsque le vagin est rétréci et scléreux, ce qui est fréquent chez les femmes d'un certain âge.

43. *Remarques cliniques sur une huitième série de 25 ovariotomies.*

(*Revue de chirurgie*, 1891, n° 7, p. 533.)

Cette série comprend les opérations faites du 6 mars 1880 au 9 juillet 1889. Nous n'avons eu à regretter que 3 insuccès, dont un seul dû manifestement à la septicémie.

44. *De l'hydronéphrose intermittente.*

(En collaboration avec M. Marcel Baudouin. — *Revue de chirurgie*, 1891, n°s 9, 10 et 12, p. 719, 883 et 1055.)

Ces articles, complétés par le tableau des observations d'hydronéphrose intermittente connues, ont été publiés en un volume de 308 pages déjà signalé.

45. *Du cathétérisme des voies biliaires.*

(En collaboration avec M. Dally. — *Revue de chirurgie*, n° 8, p. 648, 1891, et n° 2, p. 136, 1892.)

Le cathétérisme des voies biliaires est étudié dans ce travail, pour la première fois, avec quelques détails et après avoir fait des recherches expérimentales sur le cadavre. Voici nos conclusions :

1° En général, le cathétérisme paraît plus facile dans les cas pathologiques, surtout lorsque les voies biliaires sont dilatées par suite de la rétention de la bile dans le canal cholédo-cystique;

2° Le plus souvent, ce cathétérisme est difficile à pratiquer (inflexion du canal cystique, persistance des valvules, ouverture latérale du cystique dans la vésicule);

3° Tantôt on se heurtera à des difficultés insurmontables, tantôt l'exploration se fera avec une assez grande facilité;

4° On ne peut formuler de règles de ce cathétérisme. Il faut s'appuyer sur les notions anatomiques pour diriger tant bien que mal son cathéter;

5° Le cathétérisme forcé est dangereux et difficile à accepter;

6° Les instruments utilisables sont : les bougies olivaires, des cathé-

ters Beniqué, armés ou non de bougies écourtées. Les sondes d'argent sont d'une utilité exceptionnelle;

7° Le cathétérisme à demeure reste encore à étudier;

8° Tout cathétérisme ne doit être pratiqué qu'avec des instruments stérilisés.

46. *Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer de l'utérus.*

(En collaboration avec M. H. Hartmann. — *Revue de chirurgie*, 1892, n° 4, p. 295.)

Dans ce travail, nous avons complété, pour notre première série de 18 opérations, les renseignements publiés déjà dans la *Revue* en 1888, pages 349 et 459.

Puis nous avons donné les résultats immédiats et ultérieurs d'une deuxième série de 18 nouvelles opérations, dont les observations sont rapportées pour la plupart.

Nous concluons :

1° A la gravité de l'opération faite pour cancer (23 pour 100 de mortalité);

2° L'hystérectomie palliative n'est pas plus grave que l'hystérectomie complète;

3° La récidive est fréquente (70 pour 100), souvent rapide, parfois au contraire très retardée;

4° 30 pour 100 des malades opérées *semblent* définitivement guéries.

47. *Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés.*

(Rapport au Congrès de chirurgie, Paris, 1892. — *Progrès médical*, 16 avril 1892, n° 16, p. 297-302, et 23 avril 1892, n° 17, p. 313-315.)

Dans ce rapport, nous avons divisé ces interventions en deux grandes classes, selon qu'elles ont pour objet les voies biliaires accessoires ou les voies biliaires principales.

Dans la première classe rentrent : la cholécystolithotripsie; la cholécystotomie, qui peut être divisée en cholécystotomie proprement dite et

cholécystotomie; l'extraction des calculs du canal cystique après cholécystotomie; la cholécystectomie et la cholécystentérostomie.

Dans la deuxième classe sont rangées : la cholédocholithotripsie; la cholédochotomie, divisible elle-même en cholédochotomie proprement dite et cholédochostomie; la cholédocho-entérostomie; enfin l'hépatostomie et l'hépaticostomie.

Quant à la question des résultats opératoires, seuls les résultats immédiats peuvent être notés, les résultats éloignés étant encore exceptionnellement publiés.

48. *Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations pratiquées sur les voies biliaires.*

(*Revue de chirurgie*, 1890, n° 7, p. 553.)

J'ai présenté un résumé de ce travail au Congrès de chirurgie de Paris (1892). A cette date, mes opérations sur les voies biliaires étaient au nombre de 13 :

8 cholécystectomies, 1 cholécystotomie, 3 cholécystostomies et 1 cholécystentérostomie.

Nous avons eu 2 décès sur ces 13 opérations : 1 cholécystectomie et 1 cholécystotomie.

49. *Anomalie de la menstruation.*

(*Annales de gynécologie*, août 1892, p. 125.)

C'est un exemple fort rare d'une femme menstruée d'une façon en quelque sorte exceptionnelle et ayant eu des enfants malgré cela.

50. *Remarques sur les consultations externes et sur la statistique des operations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année* 1891.

(*Progrès médical*, n° 13, 26 mars 1892, p. 233-236, et n° 14, 2 avril 1892, p. 258-263.)

Les malades vus à la consultation externe de chirurgie, dirigée par mon ancien externe M. M. Péraire, ont été au nombre de 10549, et l'on a pratiqué 97 opérations, sans hospitaliser les opérés.

2653 malades ont été vues à la consultation de gynécologie.

1000 malades sont venus aux consultations des maladies des yeux, des oreilles et du nez.

Enfin 2270 séances d'électricité ont eu lieu au service d'électrothérapie, tenu par mon ancien élève le docteur Mally.

Dans le service chirurgical, avec l'aide de mes assistants MM. A. Broca et H. Hartmann, on a pratiqué 641 opérations, avec 41 décès, soit 6,396 pour 100.

Ces morts sont dues :

Au choc traumatique	4
A une hémorragie non opératoire	2
A des complications pulmonaires post-opératoires	5
A des complications rénales post-opératoires	2
A des complication cardiaques (*angor pectoris*)	1
A la généralisation cancéreuse	2
A la tuberculose généralisée	3
A l'alcoolisme	1
A la gangrène artérielle	1
A des accidents septiques post-opératoires, chez des malades déjà infectés avant l'intervention	9
A des accidents septiques post-opératoires, chez des malades non infectés avant l'opération	7
A des accidents opératoires	5

En additionnant les 7 décès des malades infectés par l'opération, les 9 décès des malades déjà infectés avant l'intervention, et en ajoutant 2 décès dus à des fautes opératoires ayant entraîné des accidents septiques, on arrive à 18 morts par septicémie, soit pour nos 641 opérés 2,80 pour 100.

51. *Note sur les lipomes retro-péritonéaux.*

(En collaboration avec M. Guillemain, interne. — *Revue de chirurgie*, 1892, n° 9, p. 747.)

Cette note s'appuie sur la relation inédite de deux lipomes rétro-péritonéaux, pour lesquels je fis une laparotomie exploratrice. Ces

tumeurs contractent des adhérences avec la paroi abdominale antérieure, avec les organes du petit bassin et la vessie, avec l'intestin grêle et les vaisseaux mésentériques.

Le plus souvent donc elles sont inopérables, et en tout cas l'opération est toujours fort grave, puisque sur 11 opérations d'enlèvement total on note seulement 4 succès.

52. *Ostéotomie oblique du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche.*

(En collaboration avec M. le docteur Hennequin. — *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 23.)

Il s'agissait d'un enfant de dix-huit ans, atteint de coxalgie suppurée, avec luxation iliaque, à gauche.

Le membre atrophié, raccourci de 9 centimètres un tiers, était en adduction et rotation interne très accusées, la marche pénible, le pied ne portant que sur le talon antérieur.

Je pratiquai l'ostéotomie très oblique du fémur à sa partie supérieure avec l'aide de mon excellent ami le docteur Hennequin, et l'opéré fut soumis à l'extension continue avec l'appareil d'Hennequin.

Le résultat fut : une correction complète de l'adduction et de la rotation en dedans; une correction partielle du raccourcissement qui tomba à 4 centimètres et demi au lieu de 9 centimètres un tiers; enfin une très grande amélioration dans la marche du jeune sujet.

53. *De la cholédochotomie proprement dite.*

(*Revue de chirurgie*, 1892, p. 897.)

Ce travail est basé sur 17 observations dont 4 inédites dues à Küster, J. Bland Sutton, Jordan Lloyd et F. Terrier.

En voici les conclusions :

1° La cholédochotomie proprement dite est une opération très rationnelle et qui a donné de bons résultats dans la proportion de 82,36 pour 100 ;

2° Cette opération paraît avoir des indications fort nettes, le diagnostic de l'existence de calculs dans le cholédoque pouvant être porté dans bien des cas;

3° Son *modus faciendi* n'est pas encore assez bien arrêté, même dans ses temps en quelque sorte accessoires, par exemple l'ouverture de la cavité abdominale;

4° Souvent la recherche de la vésicule et du canal sera très difficile, vu l'atrophie fréquente de la première, les adhérences nombreuses de la face inférieure du foie aux organes voisins, enfin la profondeur à laquelle on est obligé d'agir sur le cholédoque;

5° Dans certains cas, vu ces difficultés, les chirurgiens ont préféré la cholécystentérostomie;

6° Nous croyons toutefois que la cholédochotomie proprement dite doit être l'*opération de choix*, lors de calcul du cholédoque.

COMMUNICATIONS A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1. *Observation de hernie crurale étranglée. Aspiration sous-cutanée. Opération. Guérison.*

2. *Anomalie de position de l'artère poplitée.*

3. *Extirpation de la glande sous-maxillaire. Ablation d'un calcul salivaire situé au milieu de la glande sous-maxillaire.* (Rapport de M. A. Forget.)

4. *Observation de tétanos à la suite d'une manœuvre opératoire légère.* (*Bull. de la Société de chirurgie*, 1874, 3e série, t. III, p. 455.)

5. *Kyste multiloculaire de l'ovaire. Ovariotomie. Adhérences intestinales. Guérison.* (*Ibid.*, 1875, nouv. série, t. I, p. 77.)

6. *Kyste dermoïde de l'ovaire. Ovariotomie. Guérison.* (*Ibid.*, 1875, t. I, p. 194.)

7. *Plaie par arme à feu de l'artère axillaire et du plexus brachial. Anévrisme diffus. Ligature de la sous-clavière. Amputation consécutive du bras. Guérison.* (*Ibid.*, 1875, t. I, p. 709.)

8. *Deux observations d'ovariotomies pour des kystes multiloculaires de l'ovaire. Une guérison et une mort.* (*Ibid.*, 1876, t. II, p. 551.)

9. *Examen des organes génitaux d'une femme ayant subi une ovariotomie deux ans avant sa mort.* (*Ibid.*, 1877, t. III, p. 226.)

10. *Kystes multiloculaires des ovaires. Double ovariotomie. Guérison* (avec M. le professeur A. Verneuil). (*Ibid.*, 1877, t. III, p. 302.)

11. *Contracture réflexe des muscles de la face, des mâchoires et du sterno-mastoïdien du côté droit, d'origine traumatique.* (*Ibid.*, 1877, t. III, p. 592.)

12. *Observation de périostite dite albumineuse.* (*Ibid.*, 1878, t. IV, p. 268.)

Cette observation est d'autant plus intéressante que l'existence même de cette affection est contestée par quelques chirurgiens d'un grand mérite.

13. *Hernie ventrale interstitielle étranglée. Laparotomie, méthode de Lister. Guérison.* (*Ibid.*, 1878, t. IV, p. 361.)

Ce fait fort intéressant plaide en faveur de l'intervention rapide du chirurgien dans les cas d'étranglements internes. Cette opinion est aujourd'hui classique.

14. *Épithéliome myxoïde des deux ovaires. Ovariotomie double. Guerison.* (*Ibid.*, 1878, t. IV, p. 822.)

15. *Étranglement interne par bride. Laparotomie. Guérison.* (*Ibid.*, 1879, t. V, p. 564.)

Ce second cas démontre encore la valeur de l'intervention chirurgicale dans l'étranglement interne, opinion qui d'ailleurs tend à être de plus en plus acceptée par les chirurgiens français et étrangers.

16. *Remarques sur la ligature et sur l'abandon du pédicule des kystes de l'ovaire dans la cavité abdominale.* (*Ibid.*, 1879, t. V, p. 752 et 782.)

La réduction du pédicule, après la ligature en masse ou mieux par parties, a été utilisée par moi un assez grand nombre de fois et a donné d'excellents résultats. C'est d'ailleurs la méthode suivie par M. Spencer Wells, qui emploie concurremment toutes les précautions antiseptiques du professeur Lister.

17. *Ligature de l'artère linguale en arrière du tendon du digastrique.* (*Ibid.*, 1879, t. V, p. 808.)

Ce mode de ligature, préconisé à juste titre par M. le professeur Farabeuf, a été pratiqué par moi pour obtenir l'arrêt d'un épithéliome lingual envahissant.

18. *Sur la rétention de la salive parotidienne.* (*Ibid.*, 1880, t. VI, p. 271.)

Cette observation, que je crois unique, présente un intérêt clinique évident; il s'agit, en effet, d'une ulcération aphteuse qui, située au niveau de l'orifice du canal de Sténon, l'avait oblitéré et amenait la rétention de la salive parotidienne.

19. *Observations cliniques sur les hernies ombilicales étranglées.* (*Ibid.*, 1881, t. VII, p. 17.)

Contrairement aux préceptes adoptés par beaucoup de chirurgiens, j'ai prouvé que l'opération de la hernie ombilicale étranglée donnait de bons résultats et devait être faite. Cette opinion est aujourd'hui classique.

20. *Note sur la tuberculisation des synoviales tendineuses.* (*Ibid.*, 1882, t. VIII, p. 710.)

C'est un exposé de l'histoire des tuberculoses des synoviales tendineuses avec trois faits nouveaux et deux examens histologiques très complets, faits par M. le docteur Gilson, au laboratoire d'histologie du Collège de France.

21. *Considérations sur le traitement de la fistule anale.* (*Ibid.*, 1882, t. VIII, p. 629.)

J'ai insisté sur la multiplicité de nature et de forme des fistules anales, justiciables par conséquent d'une thérapeutique très diverse.

22. *Note sur l'emploi du jéquirity* (*2 observations*). (*Ibid.*, 1883, t. IX, p. 527.)

L'une de ces observations plaide un peu en faveur de l'emploi du

jéquirity, qui, d'après les ophtalmologistes brésiliens, donnerait des succès presque certains dans les granulations de la conjonctive. On sait qu'on a dû en rabattre beaucoup de cette opinion optimiste.

23. *Note sur l'opération de l'ovariotomie, lorsque le ou les kystes sont inclus en partie ou en totalité dans les ligaments larges.* (*Ibid.*, 1883, t. IX, p. 557.)

Dans cette note j'insiste sur la disposition des pédicules vasculaires, quand les kystes sont inclus en totalité ou en partie dans les ligaments larges; cette distinction des pédicules en : utérin et utéro-ovarien, n'avait pas été mentionnée par les ovariotomistes et elle offre une importance considérable; aujourd'hui elle est considérée comme classique et admise par la plupart des chirurgiens.

24. *A propos de l'hystérectomie.* (*Ibid.*, 1883, t. IX, p. 861.)

Cette note a pour objet de présenter le résumé des observations d'hystérectomie abdominale que j'avais faites alors et qui étaient au nombre de 7. J'y insiste sur la diversité du *modus faciendi* chirurgical, diversité facile à comprendre, en présence des cas si divers qui peuvent nécessiter cette redoutable opération.

25. *Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat en* 1883. (*Ibid.*, 1884, t. X, p. 285.)

Sur un relevé de 113 opérations, dont 40 environ peuvent être regardées comme graves, il y a eu 7 insuccès par : tuberculose aiguë, double pneumonie, 2 péritonites suppurées, 1 péritonite aiguë (ablation du rein), tétanos (ovariotomisée), et érysipèle gangreneux (ablation du sein).

En résumé, 4 décès peuvent être attribués aux accidents des plaies dues à la septicémie : 3 péritonites (ovariotomie, néphrectomie, ablation d'un col utérin cancéreux), 1 érysipèle gangreneux (ablation du sein).

26. *Opération d'hystérectomie.* (*Ibid.*, 1884, t. X, p. 609.)

Cette opération laborieuse a été faite pour des fibromes utérins et un kyste suppuré du ligament large.

Les pédicules des fibromes ont été liés et abandonnés dans l'abdomen; quant au kyste suppuré, il fut ouvert, suturé à la paroi abdominale et drainé.

La malade a bien guéri, et elle se porte très bien encore aujourd'hui, sauf une éventration légère.

27. *Tumeur fibro-cystique de l'utérus. Hystérectomie.* (*Ibid.*, 1884, t. X, p. 770.)

Opération très difficile, vu le volume énorme de la masse fibrokystique, ses adhérences avec l'épiploon et l'intestin. Cette malade présenta des accidents tardifs d'inflammation péri-rénale à droite, accidents qui se terminèrent par la formation d'une fistule encore persistante lors de son entrée à la Salpêtrière.

28. *Note sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans les opérations qui se pratiquent sur le globe oculaire.* (*Ibid.*, 1884, t. X, p. 825.)

Un des premiers en France, j'utilisai les instillations de chlorhydrate de cocaïne pour pratiquer des opérations sur les yeux (grattage de la cornée, opération de cataracte).

29. *Sur le traitement du trichiasis et de l'entropion par la cautérisation des paupières avec le thermocautère.* (*Ibid.*, 1884, t. X, p. 839.)

A propos de deux mémoires présentés à la Société par MM. Vieusse et Trousseau, j'ai étudié avec détails l'histoire de la cautérisation avec le fer rouge, appliquée déjà depuis longtemps à la cure de l'entropion et du trichiasis. (Voy. aussi *Archives d'ophtalmologie*, t. V, p. 9, 1885.)

Aujourd'hui le thermocautère donne au chirurgien un plus facile maniement du feu, et son utilité dans le trichiasis et l'entropion n'est plus à démontrer après mes observations et celles de M. Trousseau.

30. *Observation d'ostéomyélite aiguë.* (*Ibid.*, 1884, t. X, p. 878.)

Cette observation est d'autant plus curieuse que, si d'un côté on a dû trépaner le fémur, de l'autre côté on s'est contenté d'ouvrir l'abcès

sous-périostique. Le malade a guéri et le pus des abcès contenait des staphylocoques.

De plus, ultérieurement le malade est revenu dans mon service pour une nouvelle poussée inflammatoire, mais *du côté où le fémur avait été trépané*. On ouvrit un abcès et la guérison fut rapide.

Cette observation démontre, croyons-nous, que la trépanation de l'os n'est pas fatalement indiquée pour obtenir la guérison d'un abcès sous-périostique, ce que d'ailleurs admettait notre maître Chassaignac.

31. *Note sur la présence de l'albumine dans les urines émises avant et après l'administration du chloroforme* (en collaboration avec avec M. Patein, pharmacien en chef des hôpitaux, alors à l'hôpital Bichat). (*Ibid.*, 1884, t. X, p. 929.)

L'anesthésie fait souvent apparaître l'albumine dans les urines et cela dans la proportion de 8 fois sur 10 cas observés. Quant à l'intervention chirurgicale avec anesthésie, elle donne toujours de l'albumine dans les urines (10 fois sur 10 cas).

Donc le chloroforme et l'excitation des nerfs du système cérébro-spinal ou sympathique combinés produisent l'albuminurie, ce qui n'avait jamais été dit jusqu'alors.

32. *Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat en* 1884. (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 73.)

Sur 163 opérations, dont au moins 50 doivent être regardées comme très sérieuses, il y a eu 13 insuccès, dont : 7 péritonites (après hystérectomie, ovariotomie, laparotomies exploratrices), 1 hémorragie intra-péritonéale, 1 cancer généralisé, 1 épuisement par hémorragie (bec-de-lièvre), 1 dégénérescence amyloïde, 1 hémorragie cérébrale, et 1 cas de septicémie chronique chez une malade opérée d'ablation incomplète de kyste ovarique.

Je n'ai eu ni érysipèle, ni septicémie aiguë, ni pyohémie.

33. *Seconde note relative à la présence de l'albumine dans les urines émises avant et après l'anesthésie chloroformique* (en collaboration avec M. Patein). (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 221.)

Cette note est confirmative de la première déjà citée, en ce sens

que l'anesthésie chloroformique donne souvent naissance à l'albuminurie et que l'anesthésie avec intervention opératoire produit toujours de l'albuminurie.

L'asphyxie due au chloroforme, la durée de l'opération paraissent avoir peu d'importance; il n'en est pas de même de la perte de sang, d'où l'indication si importante de diminuer cette perte fatale et de la réduire à un minimum.

34. *Note sur l'emploi du chlorhydrate de cafeine comme anesthésique de la cornée.* (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 226.)

Ce produit, voisin au point de vue chimique du chlorhydrate de cocaïne, agit avec une intensité beaucoup moindre; aussi n'a-t-il pas été employé jusqu'ici.

35. *Kyste hydatique de la face inferieure du foie. Laparotomie. Extirpation incomplète du kyste. Guérison.* (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 364.)

Le titre même de cette observation indique sa rareté, et je crois être un des premiers qui ait enlevé un kyste hydatique du foie par la laparotomie. Dans ce cas, il est vrai, le diagnostic n'avait pas été fait et l'on avait pensé intervenir pour une tumeur ovarienne.

36. *Épithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison.* (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 433.)

C'est la deuxième opération d'hystérectomie vaginale pour cancer utérin faite à Paris. L'opérée guérit très rapidement et est encore très bien portante et sans récidive au commencement de l'année 1889, c'est-à-dire après plus de trois ans et demi.

37. *Douleurs ovariennes. Crises d'hystérie. Opération de Battey. Guérison.* (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 489.)

Cette malade, déjà opérée d'un kyste ovarique, présentait des douleurs très vives au moment des règles, douleurs déterminant des crises hystériques intenses. L'ablation du second ovaire fit cesser ces douleurs et les crises hystériques, sans d'ailleurs que la malade soit absolument

indemne de tout accident hystérique. J'ai eu (fin 1887) des nouvelles de cette opérée, qui se porte fort bien et n'est plus nerveuse, selon son expression.

38. *Deuxième observation d'hystérectomie vaginale.* (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 567.)

Dans ce cas, l'opérée succomba à une péritonite subaiguë déterminée par une abondante hémorragie résultant d'une ligature insuffisante du ligament large droit.

39. *Traitement des kystes du foie.* (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 801.)

Dans une discussion à la Société de chirurgie, j'ai préconisé la laparotomie pour le traitement des kystes du foie siégeant à la face inférieure de l'organe, réservant mon opinion à propos de la thérapeutique des kystes de la face convexe.

40. *De la greffe oculaire.* (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 811.)

A propos d'une observation adressée à la Société de chirurgie par le docteur Rohmer, de Nancy, j'ai fait quelques recherches historiques et expérimentales sur la greffe oculaire, recherches qui ont été ultérieurement publiées dans les *Archives d'ophtalmologie* du professeur Panas en 1886.

Les résultats de la greffe oculaire, soit qu'on ait utilisé l'œil du lapin ou celui du chien, ont été jusqu'ici absolument nuls, sauf un fait de H. V. Bradfort, de Boston, fait d'ailleurs incomplet et sur lequel je n'ai pu avoir de renseignements directs.

41. *Observation de tumeur polykystique de l'ovaire, récidivée et généralisée.* (*Ibid.*, 1885, t. XI, p. 872.)

Dans ce cas fort intéressant, la malignité probable de la tumeur primitive avait été signalée par le docteur Malassez, chef du laboratoire du Collège de France. Cette malignité ne tarda pas en effet à se manifester et la malade succomba à la généralisation.

Donc, ainsi que l'a démontré ultérieurement mon ancien interne le docteur Poupinel, l'examen histologique des kystes ovariques doit les

faire considérer comme des épithéliomes et, parmi ceux-ci, quelques-uns offrent une texture spéciale d'une malignité redoutable.

42. *Troisième observation d'hystérectomie vaginale. Guérison.* (*Ibid.*, 1886, t. XII, p. 10.)

Dans cette opération fort difficile et faite par nécessité, j'utilisai pour la première fois la forcipressure sur des vaisseaux du ligament large gauche.

La malade guérit très bien de son opération ; mais elle succomba, au bout de vingt et un mois, à la récidive locale de son cancer.

43. *Observation de kyste hydatique du foie. Laparotomie. Guérison.* (*Ibid.*, 1886, t. XII, p. 111.)

Dans ce cas le diagnostic de kyste hydatique de la face intérieure du foie avait été fait et la laparotomie fut pratiquée de propos délibéré. On enleva la plus grande partie de la poche et 73 hydatides ; il se fit un abondant écoulement de bile par les drains, placés dans la partie de kyste qui fut suturée à la paroi abdominale, d'où une odeur fécaloïde des pansements, odeur due certainement à la décomposition du liquide biliaire. Au cinquante-sixième jour, la malade était absolument guérie.

Cette observation justifie encore l'opinion que j'avais précédemment soutenue, à savoir l'utilité de la laparotomie, dans la cure des kystes hydatiques de la face inférieure du foie.

44. *Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année* 1885. (*Ibid.*, 1886, t. XII, p. 212.)

Sur les 223 opérations faites cette année 1885, plus de 100 doivent être regardées comme sérieuses et nous avons eu 28 décès : 2 pneumonies (cancer lingual et éléphantiasis de la grande lèvre) ; 4 par hémorragie (2 ovariotomies, 2 hystérectomies vaginales) ; 2 par accidents urémiques (ovariotomie et néphrectomie) ; 1 accident cérébral (ablation du sein) ; 14 péritonites (2 hernies étranglées, 5 laparotomies exploratrices, 3 ovariotomies, 3 hystérectomies abdominales, 1 opération de Battey) ; 2 de tuberculose (amputé de cuisse et urétro-

tomisé); 1 malade est morte épuisée (néphrectomie), 1 de pleurésie (ovariotomie), 1 d'étranglement interne après hystérectomie abdominale.

Il n'y a eu qu'un seul cas d'érysipèle post-opératoire, qui a guéri.

45. *Quatrième observation d'hystérectomie vaginale. Guérison.* (*Ibid.*, 1886, t. XII, p. 467.)

Dans ce cas, j'utilisai des pinces hémostatiques à longues branches et à mors plats pour placer sur le ligament large gauche. Ces pinces avaient été fabriquées par M. Mariaud sur mes indications.

Cette malade guérit fort vite de son opération, car elle put se lever le vingtième jour. Elle succomba ultérieurement à la récidive de son mal au bout d'un peu moins d'une année.

46. *Sur l'emploi du borate de soude comme antiseptique dans les opérations sur les voies urinaires.* (*Ibid.*, 1886, t. XII, p. 519.)

M'appuyant sur les travaux de Pasteur, je conseillai l'antisepsie des voies urinaires par l'administration de l'acide borique ou mieux du biborate de soude par les voies digestives.

Avec M. Patein, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, nous avons pu nous assurer que les urines contenaient alors des quantités assez fortes de biborate de soude, pour que celui-ci cristallise sur les parois des vases. De plus, les urines restent acides et ne se décomposent pas, elles ne subissent plus la fermentation ammoniacale.

Depuis lors, nombre de chirurgiens ont utilisé ce moyen antiseptique dans les opérations sur les voies urinaires.

47. *Corps étranger de l'urètre. Boutonnière périnéale. Suture de l'urètre.* (*Ibid.*, 1886, t. XII, p. 762.)

Dans ce cas, pour faciliter la guérison du malade, je fis la suture de l'urètre incisé, afin d'enlever le corps étranger. Cette suture réussit en grande partie et, en vingt jours, l'incision de 8 centimètres était guérie.

C'est pour la première fois, je crois, que, dans ce cas spécial, on fit la suture de l'urètre.

48. *Operation de Batley. Guerison des douleurs et de l'hystérie.* (*Ibid.*, 1886, t. XII, p. 875.)

C'est un nouvel exemple de l'utilité de l'ablation des ovaires dans certains cas de douleurs vives avec attaques hystériformes.

Depuis l'opération, bien que les règles ne fussent pas tout à fait supprimées, l'ablation d'un des ovaires ayant été incomplète, les crises d'hystérie ont disparu et les douleurs aussi. D'ailleurs la malade n'en reste pas moins hystérique, surtout au point de vue psychique.

49. *Sur la préparation des éponges pour les opérations intéressant la cavité abdominale.* (*Ibid.*, 1886, t. XII, p. 929.)

Réclamation de priorité en faveur des Français qui préparèrent et usèrent des éponges antiseptiques.

50. *Statistique des operations faites à l'hôpital Bichat pendant l'annee* 1886. (*Ibid.*, 1887, t. XIII, p. 70.)

Sur 231 opérations, dont au moins 70 sont très sérieuses, nous avons eu 20 décès : 3 pneumonies (2 ablations du sein et 1 arthrotomie); 10 péritonites (1 néphrectomie, 3 ovariotomies, 2 hernies étranglées, 1 laparotomie pour kystes du foie, 2 hystérectomies abdominales et 1 hystérectomie vaginale); 4 accidents urémiques (2 hystérectomies vaginales et 1 néphrectomie); 1 hémorragie (hystérectomie abdominale); 1 de choc traumatique (ovariotomie incomplète); 1 de tuberculose aiguë et syncope (résection de l'humérus).

Un seul malade fut atteint d'érysipèle après une incision d'un abcès du cou; il avait été s'inoculer dans le service de médecine voisin, où il y avait des érysipèles de la face.

51. *Note sur le traitement de l'orteil dit en marteau.* (*Ibid.*, 1887, t. XIII, p. 210 et 328.)

Le premier, j'ai traité cette déviation par l'excision en coin des téguments et de l'articulation déformée. De cette façon on supprime : le cor, la bourse séreuse souvent enflammée sous-jacente et l'angle

formé par les surfaces articulaires respectives de la phalange et de la phalangine.

J'ai publié 2 cas suivis de succès et cette question a été l'objet de la thèse inaugurale d'un de nos élèves, M. le docteur Cohen (1887).

52. *De l'anesthésie dans la trachéotomie.* (*Ibid.*, 1887, t. XIII, p. 223.)

Contrairement à l'opinion de quelques chirurgiens, je me suis efforcé de prouver historiquement que la trachéotomie était faite communément en Angleterre, en Allemagne et en Amérique avec l'emploi des anesthésiques : éther ou chloroforme.

Pour mon compte personnel, je ne fais plus la trachéotomie chez l'adulte sans avoir recours à l'anesthésie et n'ai eu qu'à me louer de cette pratique.

53. *A propos de l'obstruction intestinale.* (*Ibid.*, 1887, t. XIII, p. 350.)

Après avoir indiqué les grandes lignes de conduite que doit suivre le chirurgien appelé auprès d'un malade atteint d'obstruction intestinale, je communiquai à la Société une observation tendant à démontrer les difficultés de diagnostic que l'on rencontre dans certains de ces cas complexes et combien l'intervention est souvent difficile à déterminer.

54. *Cure radicale des hernies congenitales.* (*Ibid.*, 1887, t. XIII, p. 677.)

A propos de la discussion sur la cure radicale des hernies congénitales, j'ai insisté sur l'âge auquel on était autorisé à intervenir, et ai conclu qu'elle devait être faite dès que le sujet a acquis son complet développement. Quant au manuel opératoire de la cure de la hernie dans la gaine vaginale, je l'ai exposé en communiquant sur ce point une observation toute récente de ma pratique hospitalière, recueillie par mon ami et interne le docteur Hallé.

55. *Du coup de soleil électrique.* (*Ibid.*, 1887, t. XIII, p. 799.)

A propos d'une note de M. le docteur Defontaine (du Creusot), j'ai étudié avec détails et expérimentalement l'influence des foyers électriques intenses sur les téguments et sur les yeux.

Sur les téguments, ils déterminent un érythème dit *coup de soleil électrique;* sur les yeux, ils produisent des accidents d'ophtalmie que je décris sous le nom d'*ophtalmie electrique.*

56. *Du drainage dans les laparotomies.* (*Ibid.*, 1888, t. XIV, p. 216.)

Partisan du *drainage* de la cavité abdominale dans les laparotomies suivies d'enlèvement de tumeurs adhérentes et pouvant donner écoulement à du sang après la fermeture du ventre, j'ai cité 7 opérations suivies de succès dans lesquelles j'ai utilisé le drainage sans laver la cavité péritonéale.

57. *Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'annee* 1887. (*Progrès medical*, n° 18, p. 188, 1888, et *Bull. et mém. de la Societé de chirurgie*, 1888, t. XIV, p. 228.)

Sur 341 opérations, dont une centaine fort graves, nous avons eu 30 morts : 15 péritonites (5 laparotomies diverses, 1 hernie étranglée, 3 hystérectomies vaginales, 4 hystérectomies abdominales, 2 kystes de l'ovaire) ; 3 syncopes (résections et trachéotomie) ; 3 tuberculoses (2 empyèmes, 1 amputé de cuisse) ; 2 chocs (amputé de cuisse et hernie étranglée) ; hémorragie interne (hernie étranglée) ; 1 congestion pulmonaire (cure radicale de hernie) ; 2 épuisements (abcès périnéphrétique et suture des os) ; 1 lymphangite purulente (fibrome intra-utérin) ; 1 septicémie (ovariotomie) ; 1 septicémie gangreneuse (amputé de cuisse).

Je n'ai pas observé d'érysipèle, ni de tétanos traumatique.

58. *Remarques sur sept opérations de Battey, faites pour fibromes uterins.* (*Bull. et mem. de la Societé de chirurgie*, 1888, t. XIV, p. 429-469.)

Toutes les fois qu'il sera possible de pratiquer l'ablation des ovaires, lors de fibromes utérins déterminant des pertes graves, je crois qu'il

ne faut pas hésiter à le faire, de préférence à l'hystérectomie abdominale, opération encore trop sérieuse.

59. *Observations d'orteils en marteau, traités par la résection. A propos d'un rapport sur deux observations analogues de MM. Brun et Charles.* (*Ibid.*, 1888, t. XIV, p. 614.)

Ces faits confirment la proposition que j'ai émise en 1887, à savoir que la résection des surfaces articulaires des orteils déviés est l'opération de choix pour guérir cette difformité parfois fort gênante.

60. *De l'ascite dite chyliforme.* (*Ibid.*, 1888, t. XIV, p. 641.)

Je crois, m'appuyant sur un fait observé par moi, puis par M. Terrillon, que l'ascite chyleuse ou chyliforme n'est pas une entité morbide et qu'elle résulte d'une transformation inflammatoire de produits exsudés par la séreuse, opinion déjà formulée par M. Letulle.

61. *Traitement du cancer de l'utérus.* (*Ibid.*, 1888, t. XIV, p. 798.)

C'est l'exposé complet de mes opérations d'hystérectomie vaginale pour traiter le cancer de l'utérus et les résultats que j'ai obtenus.

Contrairement à l'opinion formulée par M. le professeur Verneuil, je défends l'hystérectomie totale contre l'hystérectomie partielle.

Mes opérations, au nombre de 21, ont donné 4 morts, soit 19,04 pour 100.

12 opérations ont été pratiquées pour des lésions du col seulement; 3 pour des lésions du col et du corps. Dans tous les autres cas, il s'agissait d'opérations incomplètes, car les ligaments larges étaient pris.

62. *Hystérorraphie pour prolapsus utérin.* (*Ibid.*, 1888, t. XIV, p. 889.)

C'est la première fois qu'en France on fit cette opération, et le procédé que j'utilisai est entièrement nouveau.

63. *Pathologie et traitement des salpingites.* (*Ibid.*, 1888, t. XIV, p. 1004.)

A ce propos, acceptant la théorie microbienne par propagation des accidents inflammatoires de l'utérus aux trompes et aux ovaires, j'ai relaté 8 observations, où j'ai pratiqué l'ablation des annexes (trompes et ovaires) :

4 fois, pour tubo-ovarites suppurées;

1 fois, pour hémo-salpingite unilatérale;

2 fois, pour des accidents nerveux et douloureux excessifs;

1 fois, pour des lésions kystiques mal déterminées, paraissant limitées aux trompes seules.

Voici le résumé de cette communication :

1° Les salpingites et les ovario-salpingites sont des affections très fréquentes, survenant comme épiphénomène de métrites catarrhales, le plus souvent, sinon toujours, d'origine microbienne;

2° Quand elles suppurent, ces altérations des trompes déterminent elles-mêmes des accidents de pelvi-péritonite ou même de péritonite généralisée, parfois mortels;

3° Le diagnostic de salpingite ou salpingo-ovarite suppurée entraîne fatalement l'indication de l'intervention chirurgicale hâtive;

4° Les autres variétés de salpingites, d'ailleurs mal connues cliniquement et même anatomiquement, ne nécessitent pas toujours une intervention chirurgicale. Toutefois celle-ci peut être indiquée par les phénomènes concomitants : douleurs vives, exaspération des accidents hystériques chez les femmes prédisposées.

64. *Trois observations de ventro-fixation (hystéropexie) pour rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes (trompes et ovaires).* (*Ibid.*, 1889, t. XV, p. 46.)

J'ai, pour la première fois en France, pratiqué la ventro-fixation pour une rétro-déviation utérine, le 13 mars 1888.

A cette opération, j'en ai ajouté deux autres faites le 23 octobre et le 19 décembre 1888.

Les résultats primitifs obtenus furent excellents, dans les trois cas; quant aux résultats ultérieurs, ils seront l'objet d'un travail spécial et ne peuvent être encore appréciés.

65. *Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année* 1888. (*Ibid.*, 1889, t. XV, p. 157; et *Progrès médical*, 1869, n° 8, p. 137.)

Sur 357 opérations, nous avons eu 22 décès, soit 6,17 pour 100.

Après discussion des causes de ces décès, on arrive à une mortalité opératoire de 13 sur 357, ce qui fait un peu moins de 4 pour 100 (3,65).

De plus, sur ces 13 décès, *cinq* seulement sont attribuables à des accidents septiques consécutifs au traumatisme chirurgical : 2 septicémies (ablation de la langue, fibrome utérin), 2 péritonites (laparotomie exploratrice, hernie crurale étranglée), 1 phlegmon diffus gangreneux (ligature de la fémorale pour anévrisme traumatique). Soit en fait 1,4 pour 100 d'accidents septiques.

En terminant, j'ai appelé l'attention des membres de la Société sur l'emploi des instruments stérilisés par la chaleur sèche à l'aide de l'étuve construite par Wiesnegg, sur les indications de mon ami et ancien interne M. le docteur Poupinel.

Cette étuve à stérilisation est employée depuis un an dans mon service de l'hôpital Bichat et je n'ai eu qu'à me louer de cette manière de faire, fort simple quoi qu'on puisse dire.

66. *Fourchette arrêtée dans l'estomac. Gastrotomie, suture de la plaie stomacale et réduction immédiate.* (*Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1889, t. XV, p. 436.)

Le seul point intéressant de cette observation c'est le choix que je fis de la ligne médiane pour pratiquer la laparotomie.

On arriva très facilement sur l'estomac et on l'amena au dehors pour l'inciser, enlever le corps étranger et faire la suture.

Des expériences cadavériques faites avec l'aide de mes amis,

MM. Quénu et H. Hartmann, m'ont démontré que le *lieu d'élection* pour pratiquer la gastrotomie, lors de corps étranger de l'estomac, est la ligne médiane, au niveau de l'épigastre.

67. *Adénite pelvienne suppurée. Laparotomie. Extirpation de la tumeur ganglionnaire. Guérison.* (*Ibid.*, 1889, t. XV, p. 551.)

Il s'agit de l'ablation d'un groupe de ganglions pelviens, pris pour une salpingite.

Ces ganglions étaient tuberculeux, ainsi que l'ont démontré des inoculations faites aux animaux.

68. *Resection du rectum.* (*Ibid.*, 1889, t. XV, p. 693.)

Ce sont deux observations de résection du rectum, par les voies naturelles.

Dans la première, la résection porta sur la partie malade (néoplasme épithélial annulaire) et je fis ensuite la suture des deux bouts de l'intestin réséqué.

Je crois que c'est la première fois, au moins en France, qu'on a pratiqué cette résection de parti pris et qu'on a fait la suture des deux bouts de l'intestin avec succès.

69. *Du curettage de l'utérus dans l'endometrite.* (*Ibid.*, 19 février 1890, p. 144.)

A propos du curettage utérin, j'exposai ma manière de procéder : dilatation utérine lente avec la laminaire et parfois l'éponge préparée; cette dilatation doit être assez grande pour explorer la cavité utérine avec le doigt; anesthésie générale pour faire le curettage; après le curettage fait avec les curettes ordinaires, cautérisation de la cavité avec du chlorure de zinc en solution au 10e. Drain placé dans le col et le corps. Pansement avec les tampons d'ouate iodoformée. Au bout de trois à quatre jours, on enlève peu à peu les tampons qui, pour ce

fait, sont tous munis d'un fil, et l'on fait des injections antiseptiques avec le sublimé à 1 pour 2000.

Souvent surviennent, après l'opération, des vomissements rebelles, surtout chez les nerveuses.

Les salpingites ne sont pas modifiées par le curettage; parfois il y a légère amélioration, quelquefois aggravation.

70. *Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année* 1889. (*Ibid.*, 5 mars 1890, p. 196.)

On fit 442 opérations ayant donné 37 morts, soit en masse 8,37 pour 100.

7 décès sont dus au choc traumatique; 3 à l'hémorragie; 4 à l'épuisement (laparotomies pour tumeurs malignes); 2 à la tuberculose; 3 à des accidents pleuro-pulmonaires; 4 à des troubles urémiques; 2 étranglements internes après opération sur l'abdomen.

9 décès seulement, c'est-à-dire 2,03 pour 100, sont dus à la septicémie :

2 cas de septicémie chronique antérieure à l'opération et non entravée par elle;

1 cas de septicémie chronique post-opératoire, suite d'amputation chez un cachectique.

8 cas de péritonite septique ou purulente (hernie ombilicale étranglée, kyste ovarique, hémosalpinx, pyosalpinx, hystérectomies abdominales).

1 cas de septicémie aiguë, suite de désarticulation du genou (opération faite d'urgence par un chirurgien étranger au service).

71. *Épithelioma pavimenteux lobulé et corné du larynx. Trachéotomie. Ablation ultérieure du larynx. Guérison. Récidive ganglionnaire environ quatre mois après l'extirpation du larynx. Ablation des ganglions. Guérison. Mort d'influenza* (?). (*Ibid.*, 19 mars 1890, p. 245.)

Deux remarques importantes à propos de cette opération : l'inutilité

d'user d'avance de la canule de Trendelenburg; l'utilité de la suture de la trachée aux téguments, ce qui ne doit pas empêcher d'y placer une canule, pour éviter l'asphyxie due à la tuméfaction ultérieure des parties lésées pendant l'opération.

72. *Remarques à propos d'une observation de cholécystectomie.* (*Ibid.*, 30 avril 1890, p. 334.)

Nous pensions tout d'abord ne faire qu'une cholécystotomie, mais la présence d'un calcul engagé au loin dans le canal cystique nous conduisit à pratiquer la cholécystectomie.

Il fut placé une ligature solide en fil de soie sur le canal cystique et un drain fut conduit depuis cette ligature jusqu'à la plaie abdominale.

Or, dès le lendemain de l'opération, la bile s'écoulait par ce drain; ce qui me porte à supposer que la ligature, fortement serrée, a sectionné le canal cystique déjà enflammé et friable.

D'autres faits, observés ultérieurement, m'ont confirmé dans cette opinion.

73. *Tumeur énorme du mésentère.* (*Ibid.*, 7 mai 1890, p. 367, et 14 mai 1890, p. 383.)

Cette tumeur, qui pesait 12 kilogrammes et demi, n'était pas, comme on l'avait pensé, un myxolipome, mais un sarcome fasciculé. On dut reséquer 1m,27 d'intestin grêle adhérent pour enlever cette énorme masse. L'opéré succomba assez rapidement, sans que l'autopsie pût indiquer la cause de la mort.

74. *Tumeur kystique renfermant du sang en partie coagulé, pédiculisée sur l'intestin grêle et adhérente au mésentère et à l'épiploon. Opération. Guérison.* (*Ibid.*, 18 mai 1890, p. 383.)

L'origine de cette singulière tumeur est fort difficile à déterminer. Peut-être est-ce une néoformation kystique du prolongement intestinal embryonnaire de Meckel.

75. *Opération de Kraske pour l'ablation d'une lésion cancéreuse du rectum. Guérison. Conservation du sphincter.* (*Ibid.*, 21 mai 1890, p. 403.)

76. *Kyste hydatique du grand épiploon. Péritonite concomitante. Opération. Guérison.* (*Ibid.*, 21 mai 1890, p. 410.)

77. *Remarques sur l'anesthésie générale par le chloroforme, avec injection préalable d'atropine et de morphine. Procédé du professeur Dastre.* (*Ibid.*, 23 juillet 1890, p. 553.)

En général, la durée de l'anesthésie est abrégée. Dans un cas, une malade qui s'était réveillée après anesthésie, se rendormit et mourut au bout d'une heure dix minutes. Faut-il attribuer ce décès à la méthode? La question n'est pas résolue.

78. *Sur le traitement chirurgical des fibromes.* (*Ibid.*, 19 novembre 1890, p. 711.)

Notre opinion est basée sur 38 opérations donnant 23 guérisons et 15 morts, soit 39,47 pour 100.

De 1883 à 1886, la mortalité des opérations faites à l'hôpital Bichat fut de 53,3 pour 100.

De 1887 à 1890, la mortalité est tombée à 30,40 pour 100.

Je préfère laisser le pédicule utérin au dehors; ce pédicule, renfermant la muqueuse utérine, étant le plus souvent septique, le fibrome s'accompagnant presque fatalement de métrite concomitante. En tout cas, l'hystérectomie reste une opération plus grave que l'ovariotomie, quoi qu'on en ait dit.

79. *Rétrécissement congenital du rectum. Extirpation du rétrécissement et de l'extrémité inférieure du rectum. Guérison avec insuffisance des sphincters.* (*Ibid.*, 25 février 1891, p. 147.)

Cette observation plaide en faveur de l'extirpation des rétrécissements du rectum, qu'ils soient acquis ou congénitaux.

80. *Sur l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. Discussion des opinions et des faits* ~ *elatés par M. Segond.* (*Ibid.*, 18 mars 1891, p. 218.)

Voici les conclusions que je défends encore aujourd'hui :

Dans les salpingites non suppurées doubles avec ovaires kysto-scléreux, il ne faut pas faire l'hystérectomie, mais continuer à pratiquer la laparotomie.

Les mêmes remarques sont applicables aux rétro-déviations avec ovaires scléro-kystiques. La laparotomie, l'ablation des annexes et l'hystéropexie sont alors des opérations de choix.

Dans les doubles pyosalpingites, peut-être aussi dans les doubles hémosalpinx, avec foyer purulent, la question devient discutable. Toutefois, ici encore, j'incline vers la laparotomie.

Lors de pyosalpingites doubles avec pelvi-péritonite suppurée, je crois l'hystérectomie, suivie de l'ouverture des poches purulentes, une opération acceptable, mais grave, comme d'ailleurs le sont les laparotomies dans ces cas.

Enfin, si, après ablation des annexes, il persiste de la pelvi-péritonite suppurée, l'hystérectomie est indiquée comme remède ultime.

81. *Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'annee* 1890. (*Ibid.*, 6 mai 1891, p. 346.)

Les 564 opérations pratiquées à l'hôpital Bichat ont donné 46 morts, soit en bloc 8,12 pour 100 de décès. Les causes de ces insuccès sont :

5 fois le choc opératoire ou traumatique ; 1 hémorragie post-opératoire ; 12 accidents pulmonaires ; 6 lésions des reins ; 3 cachexies cancéreuses ; 2 tuberculoses ; 1 alcoolisme (délire aigu).

Accidents septiques post-opératoires, mais déjà développés avant l'intervention : 7 cas.

Accidents septiques post-opératoires chez des sujets non infectés : 5 cas.

Accidents dus à une intervention insuffisante : 3 cas.

On peut donc évaluer à 1,80 pour 100 les accidents septiques dus à l'intervention chirurgicale seule.

82. *Observation d'epilepsie jacksonnienne inédite*, in *Rapport sur un fait de craniectomie pour epilepsie jacksonnienne, etc., par M. Verchère.* (*Ibid.*, 3 juin 1891, p. 419.)

83. *Trois plaies pénétrantes de l'abdomen. Laparotomies. 2 guérisons et 1 mort.* (*Ibid.*, 22 et 29 juillet 1891, p. 530 et 538.)

Ces faits prouvent l'utilité de l'intervention immédiate dans les plaies pénétrantes de la cavité abdominale. De plus, il faut que cette intervention soit complète, car, dans le cas de mort, au lieu de pratiquer une large ouverture de l'abdomen, on se contenta d'un débridement insuffisant.

84. *Deux cas d'hystérectomie vaginale pour pelvi-péritonites et salpingites suppurées. 1 guérison et 1 mort.* (*Ibid.*, 4 novembre 1891, p. 642.)

Malgré mon désir d'essayer l'opération de Péan-Segond, je n'ai encore trouvé que ces deux cas où elle ait été logiquement applicable selon moi.

85. *Hystérectomie vaginale contre le cancer uterin.* (*Ibid.*, 18 novembre 1892, p. 666.)

Ces remarques sur les résultats obtenus dans 18 opérations ont été l'objet d'un travail plus étendu, en collaboration avec mon ami et élève le docteur H. Hartmann, dans la *Revue de chirurgie* (n° 4, p. 295), en 1892.

86. *Observation de typhlite et de perityphlite tuberculeuse* (Résumé). (*Ibid.*, 30 mars 1892, p. 267.)

Cette observation est d'autant plus intéressante que l'on avait pensé à une néo-formation épithéliale ou sarcomateuse du cæcum et que

l'examen micrographique du pus permit de préciser la nature de la lésion.

Quoi qu'on en ait dit, l'examen micrographique, l'examen bactériologique et même les inoculations expérimentales sont souvent nécessaires pour affirmer un diagnostic de lésion tuberculeuse.

87. *Trois observations d'appendicite.* (*Ibid.*, 8 juin 1892, p. 413.)

Ces observations ont trait : 1° à une appendicite aiguë avec péritonite; 2° à une appendicite subaiguë; 3° enfin à une appendicite à répétition.

Je conclus en affirmant que l'appendicite — sous toutes ses formes — est du ressort de la chirurgie et non de la médecine.

COMMUNICATIONS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

1. *Cholécystectomie.*

(*Bull. Ac. méd.*, 30 septembre 1890, p. 379.)

2. *Incision exploratrice et établissement d'une fistule biliaire temporaire (cholécystostomie) pour combattre des accidents de congestion et d'hypertrophie du foie avec ictère très prononcé et accès fébriles.*

(*Bull. Ac. méd.*, 4 novembre 1890, p. 591.)

3. *Cholécystectomie incomplète pour dilatation énorme de la vésicule biliaire, le canal cystique étant obturé par un calcul. Guérison.*

(*Bull. Ac. méd.*, 23 décembre 1890, p. 831.)

4. *Cholécystectomie.*

(*Bull. Ac. méd.*, 10 mars 1891, p. 388.)

5. *Cholécystectomie.*

(*Bull. Ac. méd.*, 16 juin 1891, p. 887.)

6. *Cholécystite et péricholecystite calculeuse. Cholécystotomie. Drainage de la cavité cystique. Mort par péritonite septique.*

(*Bull. Ac. méd.*, 16 juin 1891, p. 883.)

COLLABORATION AUX JOURNAUX SUIVANTS :

Revue mensuelle de medecine et de chirurgie.
Archives d'ophtalmologie.
Revue des sciences medicales.
Union médicale.
Archives generales de médecine.
Gazette hebdomadaire.
Progrès médical.
Revue d'orthopédie.
Annales de gynecologie.
Rédacteur en chef de la *Revue de chirurgie.*

11405. — Imprimeries réunies, rue Mignon, 2, Paris.